







MATIÈRE DES EXAMENS.

1[er] EXAMEN. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicaments, Pharmacologie.*

2[e] EXAMEN. *Anatomie, Physiologie.*

3[e] EXAMEN. *Pathologie interne et externe.*

4[e] EXAMEN. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5[e] EXAMEN. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen pratique.)

6[e] ET DERNIER EXAMEN. *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque !

N° 41

18.

DES PRINCIPAUX ACCIDENTS

QUI PEUVENT SURVENIR A LA FEMME

AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

OU IMMÉDIATEMENT APRÈS.

Thèse

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 1er Avril 1840,

PAR J. BROSSETTE,

DE MARCIGNY (DÉPARTEMENT DE SAONE-ET-LOIRE),

Chirurgien Sous-Aide-Major,

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine, près la Place de la Préfecture, 10.

1840.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

Regrets éternels!

A MON PÈRE.

Reçois ce faible tribut de ma reconnaissance pour les nombreux sacrifices que tu as bien voulu faire pour mon éducation.

A MES PARENTS.

Amitié inaltérable.

A mon meilleur Ami, V. BERRY,

NOTAIRE A AVRILLY.

Attachement sans bornes.

J. Brossette.

A

M. le Docteur VALETTE,

Chirurgien-Major au 1er régiment du génie,
Chevalier de la Légion-d'Honneur, de l'ordre grec du Sauveur,
Membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

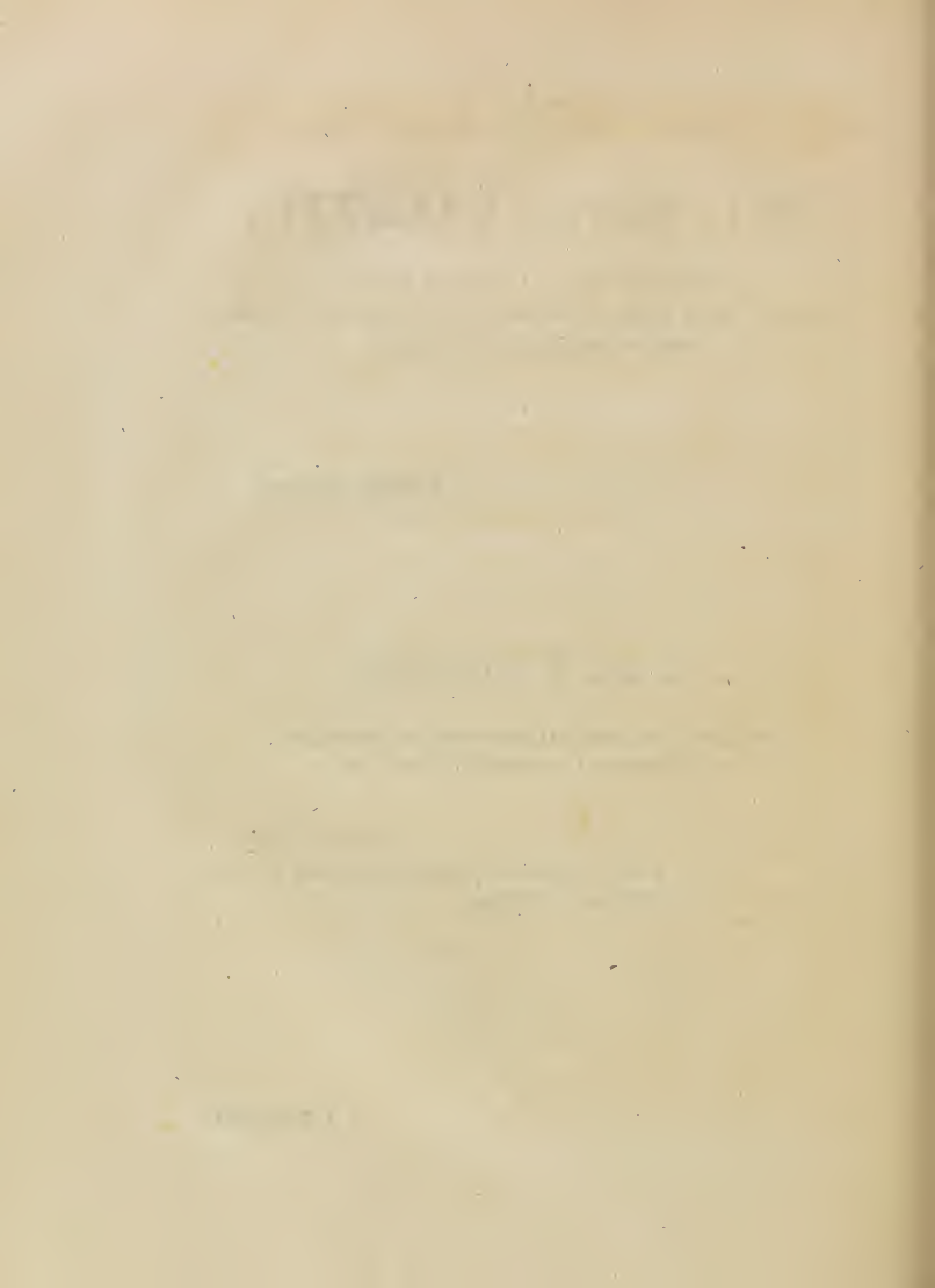
Hommage respectueux.

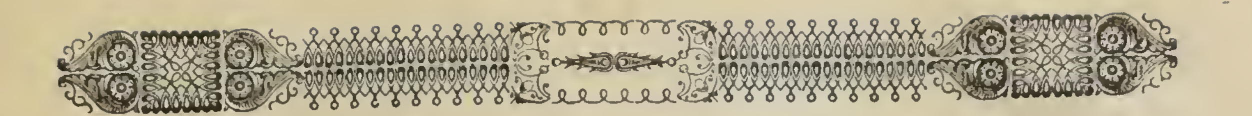
A M. BOUBÉE,

DIRECTEUR DE L'HOPITAL MILITAIRE DE PERPIGNAN,
CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ETC.

Veuillez recevoir ce premier essai comme un souvenir de Belgique et d'Afrique.

J. BROSSETTE.





DES PRINCIPAUX ACCIDENTS

QUI PEUVENT SURVENIR A LA FEMME

AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT OU IMMÉDIATEMENT APRÈS.

L'obstétrique, ou la science et l'art des accouchements, était, au commencement de ce siècle encore, le partage de quelques hommes seulement; dans beaucoup de pays même, les personnes du sexe seules étaient appelées auprès d'une femme en travail. De nos jours les rôles commencent à changer : très-souvent le chirurgien est appelé pour exercer l'art des accouchements; il serait donc coupable celui qui n'aurait pas étudié cette branche importante des études médicales. L'accouchement naturel lui-même doit être étudié avec beaucoup de soin : dans ce cas, il est vrai, l'homme de l'art est le plus souvent passif, la nature fait tous les frais; et pourtant que d'accidents peut occasionner l'accoucheur, s'il ne connaît pas bien la manière dont il doit pratiquer le toucher, rompre la poche des eaux, etc., etc.! C'est ainsi qu'un chirurgien négligent ou ignorant arrive auprès d'une femme dont le travail est avancé : il pratique le toucher, il croit reconnaître une saillie, résultat de la formation de la poche des eaux; comme cette tumeur résiste au doigt qui veut la déchirer, il l'ouvre à l'aide d'un instrument aigu. Qu'a-t-il ouvert? C'est le cuir chevelu qui formait cette tumeur.

Que de méprises pareilles n'arrive-t-il pas encore ! Un praticien instruit saura éviter de semblables accidents. Il en est d'autres, au contraire, qu'il pourra sans doute prévoir quelquefois, mais que le plus souvent il n'aura que le temps de combattre. Et, dans cette circonstance même, quels avantages n'aura-t-il pas encore sur le premier !

Je vais m'occuper de quelques-uns de ces accidents relatifs à la mère. Un seul suffirait pour faire le sujet d'un long travail; mais, dans cette circonstance, j'ai seulement l'intention de montrer que, dans mes études, je ne suis resté étranger à aucune partie, à aucune branche de l'art de guérir. Heureux si, pour prix de mes efforts, je puis apporter quelque soulagement aux maux de mes semblables !

RUPTURES.

Je vais d'abord m'occuper des différentes ruptures qui peuvent se faire chez la femme en travail. Sous ce nom, je réunis des accidents qui diffèrent entre eux, et sous le rapport de leur siége, et sous le rapport des suites qu'ils peuvent avoir, et sous le rapport, enfin, des indications auxquelles ils peuvent donner lieu. Je ne ferai que mentionner, pour ainsi dire, quelques ruptures rares, pour m'appesantir sur celles du vagin et de l'utérus surtout, ruptures qui peuvent donner lieu à des considérations importantes.

Il n'est pas un accoucheur un peu ancien qui n'ait vu l'emphysème survenir chez quelque femme en travail, à la suite de violents efforts d'expulsion : heureusement que l'infiltration de l'air se borne ordinairement à la partie antérieure et latérale du cou, et à la partie supérieure de la poitrine; heureusement aussi que l'absorption est rapide, et que la guérison a lieu après quelques jours seulement. D'ailleurs, si cette tuméfaction, résultat de l'infiltration de l'air, tardait trop à disparaître, quelques mouchetures hâteraient cette disparition.

On a vu, dans d'autres cas, des contractions musculaires inconsidérées amener la rupture de quelques muscles, de quelques os même : ainsi, Mme Lachapelle a observé la rupture du muscle psoas et celle de l'un des muscles droits. Cet accident a été mortel : une infiltration de sang en avait

été la suite, et si la mort n'était survenue, des abcès auraient indubitablement succédé. Chaussier a été témoin, dans un accouchement, de la fracture du sternum; cette solution de continuité du sternum ne paraîtra pas impossible, si l'on pense que, dans ces efforts violents du travail de l'enfantement, cet os si spongieux se trouve tiré en sens contraire par les contractions énergiques de muscles puissants, je veux dire les sterno-mastoïdiens et les muscles droits.

Il n'est pas jusqu'aux ligaments qui unissent les articulations du bassin qui ne puissent se rupturer, et cela durant le passage de l'enfant. Dans ce cas, une douleur fixe dans les symphyses affectées, une extrême mobilité en sont les premiers signes. Il ne faut pas croire pourtant que la mobilité de ces os soit une preuve certaine de la rupture des ligaments; cette mobilité existe toujours à un degré plus ou moins prononcé chez une femme dont la grossesse est avancée : elle est dans cette circonstance, pour ainsi dire, un état normal. Néanmoins, pendant longues années, pendant des siècles même, les accoucheurs et les chirurgiens avaient été divisés sur ce point. A. Paré, qui en avait douté long-temps, reconnut cette mobilité sur une femme disséquée en public : cette femme avait été pendue dix jours après son accouchement, pour avoir fait périr son enfant; d'ailleurs Chaussier ne l'a-t-il pas démontré par une masse d'observations ? Mais il est un autre symptôme qui ne peut laisser de doute sur la rupture des ligaments : je veux parler de l'écartement des os du bassin. Bientôt aux symptômes énoncés en succèdent ordinairement d'autres bien plus graves : l'inflammation s'empare de ces articulations; des abcès se forment; des douleurs intenses, de la fièvre surviennent; le pus fuse quelquefois au loin : on l'a vu se faire jour par le vagin, la vessie, le rectum, et produire des accidents mortels. Dans d'autres circonstances, l'inflammation se propage au péritoine, aux nerfs, aux ganglions lymphatiques voisins, et peut amener ainsi une terminaison funeste.

Doit-on, avec M. Velpeau, regarder cette rupture comme source et cause de l'œdème douloureux ? Je ne le pense pas. Et, en effet, quels sont les symptômes que présente le *phlegmatia alba dolens ?* Ce sont des douleurs vives, des plaques rouges le long du trajet des vaisseaux lymphatiques;

ce sont des douleurs longitudinales signalant le trajet des veines, des cordons indurés appartenant à ces vaisseaux, et puis l'œdème qui survient, et puis les abcès qui se multiplient. De pareils symptômes ne se voient pas dans la rupture des ligaments du bassin; et, d'ailleurs, quelle est la cause de l'inflammation de ces vaisseaux lymphatiques ou veineux? N'est-ce pas le froid? Ainsi donc il est démontré pour moi, comme pour beaucoup d'auteurs, que la rupture des ligaments du bassin et l'œdème douloureux forment deux maladies distinctes.

Revenant à la première affection, j'ai dit que les abcès qui se formaient dans ces sortes de déchirures étaient le plus souvent mortels; il faut donc chercher à prévenir leur formation, en combattant l'inflammation qui se développe par les moyens appropriés. Il faut en même temps chercher à raffermir par une large ceinture les os du bassin, afin qu'il n'en résulte pas de claudication pour la femme.

Je passerai sous silence la rupture de la vessie, rupture qui a été observée quelquefois et qui a toujours amené une péritonite mortelle; je me hâte d'arriver à celles de l'utérus.

RUPTURES DE L'UTÉRUS.

La pression, un coup donné sur l'abdomen, un instrument tranchant, peuvent, durant la grossesse, être causes d'une rupture utérine. Dans ce moment je m'occuperai seulement de celle qui a lieu pendant le travail; comme on le pense bien, j'étudierai presque exclusivement la rupture du col et du corps de l'utérus, pour passer rapidement sur les déchirures de l'orifice utéro-vaginal, qui ont presque toujours lieu dans les premiers accouchements, même dans les circonstances les plus favorables.

Dans ces déchirures du museau de tanche, il y a un écoulement de sang qui est bientôt arrêté; mais, par suite de ces déchirures, la cicatrisation qui se fait laisse cette partie de l'utérus inégale, mamelonnée: l'ouverture vaginale du col est alors transversale, de ronde qu'elle était chez la femme qui n'avait jamais conçu. De-là on a tiré la conclusion suivante, savoir: que les inégalités du museau de tanche, que son ouverture transversale,

étaient une preuve que la femme qu'on examinait avait eu des enfants. Cela est vrai en thèse générale, bien que pourtant ces inégalités, cette ouverture transversale, puissent être dues à des ulcérations du col, ulcérations qui ont été guéries; mais on a été plus loin, et l'on a dit que le museau de tanche de toute femme qui avait eu des enfants devait présenter un pareil état: ici on n'est plus dans la vérité. En effet, depuis mon arrivée à Montpellier, j'ai pu, en suivant les visites de M. le professeur Delmas au Dépôt de police; j'ai pu, dis-je, voir le museau de tanche de quelques femmes qui avaient eu plusieurs enfants ne présenter aucune inégalité, avoir l'ouverture ronde et très-petite. Une, entre autres, avait fait sept enfants, et pourtant l'extrémité vaginale de l'utérus était unie; son ouverture était ronde, petite et nullement transversale. Et si cette femme ne nous eût dit qu'elle avait accouché sept fois, si nous n'eussions observé les rides du ventre, un commencement d'éventration abdominale, nous n'eussions pas balancé à affirmer que cette personne n'avait jamais accouché. Ainsi donc, en médecine légale, il ne faudrait pas conclure de l'aspect du museau de tanche seulement à des grossesses antérieures.

Mais j'arrive aux ruptures du col et du corps de l'utérus. Pour que celles-ci aient lieu, il faut que la matrice ait subi une distension préalable, distension due généralement à la grossesse. Faut-il croire avec quelques auteurs, Mauriceau entre autres, que dans la grossesse ce viscère s'amincit d'autant plus qu'il s'étend davantage? Non, sans doute: ayant eu l'occasion d'examiner l'utérus de femmes enceintes et mortes presque à terme, j'ai pu reconnaître que les parois utérines présentaient une épaisseur aussi considérable que dans l'état de vacuité. Ainsi, la distension est bien une cause de rupture, mais il ne faut pas croire que ce soit par suite de l'amincissement qui survient; cette prédisposition aux crevasses est le résultat du développement des fibres musculeuses, qui n'apparaissent presque pas du tout dans l'état de vacuité. En effet, dans la grossesse, l'utérus est tout musculeux; et pourquoi alors des contractions trop énergiques ne pourraient-elles pas amener une rupture pareille à celle qu'on observe quelquefois dans le cœur ou dans tout autre muscle? On conçoit aussi que ces déchirures puissent surtout se faire dans les grossesses doubles où la dis-

tension est plus considérable : ainsi, des contractions trop énergiques peuvent être cause, non-seulement prédisposante, mais déterminante d'un pareil accident. Dans quelques circonstances, ces crevasses sont déterminées par une mauvaise position du fœtus; mais dans combien de cas ne sont-elles pas dues à un chirurgien imprudent? Celui-ci, en effet, peut occasionner un pareil accident, en portant sans précaution la main ou un instrument jusque dans la cavité de la matrice, en y exerçant des manœuvres imprudentes.

Faut-il croire, avec les anciens, que les membres du fœtus étendus avec force peuvent souvent distendre, déchirer l'utérus? Je ne le pense pas; il vaut mieux croire alors que ces crevasses sont dues aux efforts de la matrice, à ses contractions trop énergiques, surtout quand elles sont rendues inutiles par une mauvaise position du fœtus, un obstacle dépendant des parois du bassin, du col utérin, etc. Du reste, il peut arriver que quelque point de la matrice soit altéré, et on conçoit que ce point cédera plus facilement. Dans quelques cas, enfin, la rupture n'est le résultat d'aucune des causes que nous venons d'énumérer; mais le col utérin pressé contre les os pubis ou l'angle sacro-vertébral par la tête du fœtus, ce col utérin se gangrène dans un point, et à la chute de l'escarre il en résulte une fistule utéro-vésicale ou utéro-rectale. On pourrait donc distinguer les véritables ruptures, celles dans lesquelles le tissu de la matrice éclate pour ainsi dire, les éraillements, et enfin l'usure de l'utérus.

Maintenant, si nous examinons dans quel point les ruptures de l'utérus sont les plus fréquentes, nous verrons que c'est au col. Là, en effet, ce viscère présente plus de ténuité; il n'offre à la dissection qu'un ordre de fibres qui sont circulaires, comme j'ai pu l'observer, tandis que le corps en présente de circulaires et d'obliques; c'est, en outre, sur le col utérin que portent tous les efforts de l'enfant, déprimé par les contractions du corps et des muscles abdominaux. Mais quel est le point du col qui est le plus souvent affecté? Ici les auteurs ne sont pas d'accord; cependant, si l'on fait attention que la partie postérieure du col utérin correspond à l'extrémité inférieure de l'axe de l'utérus et du détroit supérieur, dans le sens duquel agissent les puissances expultrices, on sera convaincu, avec

Mme Lachapelle et autres accoucheurs, que c'est la partie postérieure du col qui doit être plus exposée que toute autre aux ruptures.

Quant au corps du viscère lui-même, on conçoit qu'il peut se rupturer, se déchirer sur tous les points, si l'on en excepte pourtant l'endroit où adhère le placenta; car, malgré l'assertion de M. Deneux, nous pensons, avec Mme Lachapelle, que celui-ci est généralement à l'abri des ruptures. Du reste, la forme et la grandeur de ces déchirures varient trop pour que nous nous y arrêtions. Il faut seulement distinguer les ruptures de toute l'épaisseur des parois de l'organe, des déchirures d'une partie seulement des parois, de quelques fibres musculaires; car le pronostic perd beaucoup de son importance dans ce cas.

Au moment de la rupture, la femme en travail ressent une douleur vive, fixe, déchirante; dans quelques cas cette douleur est faible d'abord, mais elle s'accroît par degrés au point de devenir intolérable. Alors frisson violent, lipothymies, gémissements; les contractions utérines paraissent complétement suspendues, ou sont sans force, sans régularité; à ces symptômes joignez l'hémorrhagie, le ramollissement du ventre et la déformation, quand le fœtus s'échappe de la cavité utérine et tombe dans l'abdomen, et vous aurez le tableau de ce qui arrive à la femme au moment de la rupture.

Il ne faut pas croire pourtant que ces symptômes soient si caractéristiques, qu'ils ne puissent laisser le doute dans l'esprit de l'accoucheur; ces signes, en effet, ne sont ni propres ni exclusifs à l'accident qui nous occupe: la douleur, par exemple, peut tenir à tant d'autres causes, telles que des crampes dans les muscles, la compression des nerfs pelviens, etc. Mais le siége, la direction, la nature même de ces douleurs, suffisent pour lever tous les doutes; heureusement que, s'il restait encore de l'obscurité dans le diagnostic, il est un moyen sûr de la dissiper: ce moyen, c'est le toucher. En introduisant la main dans l'utérus, on peut reconnaître le siége, l'étendue de la déchirure; savoir si l'enfant est en totalité encore, ou en partie seulement dans l'intérieur de ce viscère. Cependant il est bon de prévenir, avec le professeur Dubois, contre une erreur où pourrait tomber un jeune praticien : ce serait de prendre l'orifice utérin du col de la matrice

peu dilaté, tandis que la cavité du col lui-même le serait beaucoup ; ce serait, dis-je, de prendre cet orifice pour une déchirure.

Quoi qu'il en soit, il est facile de prévoir, d'après le tableau que je viens de tracer, que cet accident doit être souvent funeste à la mère. Nous avons déjà vu que les déchirures du museau de tanche, ou mieux de l'orifice externe ou vaginal du col utérin, étaient très-fréquentes, mais le plus souvent sans danger; elles pourraient le devenir, si elles se propageaient au corps de l'organe et jusque dans l'abdomen. Mais combien grand est le danger, quand c'est le col lui-même ou le corps de l'utérus qui a été atteint, quand surtout la crevasse a été assez large pour donner passage à l'enfant dans la cavité abdominale! Il n'est pas rare alors de voir l'hémorrhagie, l'inflammation de la matrice, du tissu cellulaire pelvien, du péritoine, des abcès, la gangrène, amener plus ou moins promptement la mort après d'horribles souffrances. Il ne faut pas croire néanmoins que ces lésions soient nécessairement mortelles : Murat, Deneux, Madame Lachapelle et autres rapportent des exemples de guérison ; il faut cependant avouer que ces guérisons sont rares.

Si cet accident est si souvent funeste à la mère, qu'on ne croie pas que l'enfant soit sans danger. En effet, si la rupture est assez considérable, le fœtus passe dans l'abdomen, où il ne tarde pas à périr si on ne se hâte de pratiquer la gastrotomie. Dans ces cas, le placenta se détache de l'utérus, le cordon est comprimé par les lèvres de la plaie, les viscères, etc. ; et quand bien même il n'y aurait pas de décollement du côté du placenta, celui-ci ne pourrait plus remplir ses fonctions, vu le trouble qui existe dans la circulation utérine, Le péril est moins grand quand la crevasse ne lui a pas permis de passer dans l'abdomen; et cependant encore que de risques ne court-il pas dans les manœuvres que l'accoucheur est obligé d'employer pour l'extraire!

Aussi, dans de pareilles circonstances, doit-on se hâter de remplir les indications qui peuvent se présenter; car il n'existe pas, à proprement parler, de traitement préservatif. Sans doute, si un obstacle insurmontable s'oppose à la sortie du fœtus, il faut, pour prévenir la rupture, en venir à l'opération césarienne ; mais l'opération elle-même est aussi dangereuse

que l'accident qu'on veut éviter. On conçoit, du reste, que lorsque la déchirure a eu lieu, les indications à remplir varient suivant le siége, l'étendue de la rupture. Ainsi les déchirures du museau de tanche n'exigent presque jamais de traitement : rarement l'écoulement de sang est assez abondant pour demander l'emploi du tamponnement ou de lotions astringentes. Dans les ruptures du col et du corps qui ne s'étendent pas à toute l'épaisseur des parois utérines, des soins de propreté, quelques anti-phlogistiques suffisent.

Nous avons vu aussi qu'il survenait parfois des fistules utéro-vésicales ou rectales; la femme est vouée alors à une infirmité dégoûtante pour le reste de ses jours. M. Lallemand nous a parlé, dans ses leçons cliniques du premier trimestre de 1840, d'une femme de Marseille qu'il avait voulu guérir d'une pareille fistule utéro-vésicale à l'aide de sa sonde-airigne; cette femme fut prise, deux ou trois jours après l'application de cet instrument, d'une péritonite mortelle. Aussi ce professeur conseille-t-il de ne jamais toucher à de pareilles lésions.

Dans les ruptures subites, il faut extraire l'enfant le plus tôt possible, s'il est encore contenu dans l'utérus et si le bassin est libre. Il n'est pas besoin de recommander de ne pas agrandir l'ouverture déjà faite; du reste, après la sortie du fœtus, soit naturelle, soit artificielle, il faut veiller à ce qu'aucune portion d'intestin ne franchisse la déchirure, accident qui devient bientôt impossible, à cause du retour de l'utérus sur lui-même; d'ailleurs, si une pareille hernie survenait, il faudrait réduire sur-le-champ. Mais s'il y avait étranglement et que la réduction fût impossible, il faudrait, comme le conseille Baudelocque, faire, à l'exemple de Pigrai, une incision à la ligne blanche pour retirer l'intestin engagé. Si l'enfant a traversé la crevasse, s'il est tombé dans la cavité péritonéale, que doit-on faire? Ici se présentent de nouvelles difficultés. La gastrotomie sera indiquée toutes les fois que le bassin est mal conformé, que la plaie qui a donné passage à l'enfant est devenue trop étroite pour que celui-ci puisse la traverser de nouveau sans l'agrandir d'abord, et que le fœtus est présumé vivant; tandis que si l'enfant est mort, le bassin bien conformé, la plaie large, on doit l'extraire par les voies naturelles. Ce moyen doit

surtout être employé quand les pieds sont encore dans l'utérus ou le vagin, ou bien que la tête remplit l'excavation pelvienne, et que le reste du corps seul est dans l'abdomen. Du reste, on conçoit de quelle utilité il est de savoir si l'on a affaire à un enfant mort ou vivant. Les signes auxquels on peut reconnaître la vie du fœtus sont très-vagues; peut-être que l'auscultation seule pourra mettre l'accoucheur sur la voie, et lui faire reconnaître l'état où se trouve le fœtus.

RUPTURES DU VAGIN.

Le vagin peut aussi se rupturer et se rupture en effet assez fréquemment; mais ici il faut distinguer les véritables ruptures, celles qui ont lieu subitement, des fistules qui succèdent à un point du vagin affecté de gangrène. Quant aux ruptures subites, on ne peut pas les attribuer à des contractions musculaires trop énergiques : le vagin n'est que peu contractile, il n'est pas tout musculeux comme la matrice, aussi les déchirures de ce canal doivent-elles être plutôt attribuées à des manœuvres imprudentes de la part du chirurgien; c'est ce qui a lieu, en effet, le plus souvent dans de pareilles lésions. Cependant le conduit vulvo-utérin peut être déchiré d'une autre manière: c'est ainsi que la tête du fœtus, poussée violemment par des contractions énergiques de l'utérus contre la partie supérieure et postérieure du vagin, peut rompre cette partie, et amener ce qu'on appelle un décollement de l'utérus et du vagin. Mais, dans ce cas même, l'accoucheur peut être la cause du mal, en portant sans précaution un instrument, le forceps par exemple, dans cette partie.

Nous avons distingué un autre genre de crevasses: nous voulons parler de celles qui succèdent à la gangrène d'un point des parois vaginales. On conçoit, en effet, que si le vagin reste long-temps distendu par la tête du fœtus, pressé alors sur les parties osseuses qui l'environnent, il finira par se gangrener en un point: c'est ainsi qu'arrivent le plus souvent les fistules vésico-vaginales dont nous dirons bientôt un mot.

Dans les ruptures du conduit vulvo-utérin, les symptômes varient avec le point qui a été déchiré : ainsi, s'il y a décollement de l'utérus et du

vagin à la partie postérieure, l'enfant peut passer en entier dans la cavité abdominale, et il peut en résulter alors tous les accidents qui nous ont occupé aux ruptures de l'utérus. En outre, l'hémorrhagie peut être ici longue et très-grave, ce qui se comprend quand on sait que le vagin est entouré de tissu érectile, caverneux, qui ne peut manquer, quand il est lésé, de fournir du sang en abondance : heureux alors quand ce liquide s'écoule au-dehors; car il arrive souvent qu'il s'épanche autour du vagin, qu'il décolle tous les organes contenus dans l'excavation pelvienne, envahit le tissu cellulaire de cette région, et alors le vagin est aplati ; une ou les deux grandes lèvres se tuméfient; les matières fécales, les urines sont retenues dans leurs réservoirs.

Une pareille hémorrhagie peut faire périr la femme dans les premiers moments; si elle est assez forte pour résister à cette perte, elle ne tarde pas à succomber par suite de l'inflammation qui envahit ces parties, de la suppuration et de ses suites. Cependant, si le sang est épanché en quantité médiocre, une incision à la grande lèvre peut, en lui procurant une issue, amener une guérison prompte, sauf à tamponner le vagin si l'écoulement de ce liquide continuait trop long-temps. Dans d'autres circonstances, il n'y a que de simples fissures, ou bien des ruptures longitudinales qui peuvent même s'être propagées du museau de tanche au vagin. Il peut arriver alors que la vessie ou le rectum aient été intéressés ; la sortie de l'urine ou des matières fécales par le vagin fera connaître l'accident; mais ce cas s'offre surtout après la formation d'une fistule, résultat d'une plaque gangréneuse. Celle-ci n'est que malheureusement trop fréquente : c'est tantôt avec le rectum que le vagin communique, ce qui est rare pourtant ; tantôt avec la vessie ou l'urètre, ce qui se voit plus fréquemment; aussi ne parlerai-je que de celles-ci.

Il arrive bien souvent qu'on est consulté par de jeunes femmes qui se disent atteintes d'incontinence d'urine, après un accouchement laborieux ; on les examine à l'aide du spéculum ; on pratique le toucher, et l'on reconnaît que le vagin et la vessie communiquent ensemble par suite d'une déperdition de substance survenue dans ces deux viscères. Je ne parle pas des fistules urétro-vaginales, parce qu'alors la malade peut retenir ses urines

qui ne passent par le vagin que quand la femme sent le besoin d'uriner, ce qui n'est qu'une légère incommodité.

Mais quel supplice affreux pour une jeune femme de ne pouvoir retenir son urine, de savoir que ce liquide suinte toujours goutte à goutte dans le conduit vulvo-utérin, pour aller de-là irriter les organes génitaux externes et en amener l'excoriation ! Quelle dégoûtante infirmité que celle qui l'oblige de se séquestrer de la société, à cause de l'odeur urineuse qu'elle exhale ! Quelquefois même ne devient-elle pas à charge à ses amis, à ses parents, à son mari? Seule, délaissée, elle est condamnée à passer ses jours assise sur une chaise percée. Enfin, tôt ou tard sa santé s'altère, et la mort, mais une mort lente, vient mettre un terme à de pareils maux.

Dans le décollement de l'utérus et du vagin à leur partie postérieure, on doit, comme dans les ruptures utérines, chercher à retirer l'enfant par les voies naturelles. Ici même on peut aller plus loin : on peut, pour éviter la gastrotomie, ne pas craindre d'agrandir la plaie, si toutefois le bassin n'est pas difforme. On pense bien que, dans les autres cas de ruptures longitudinales ou de fissures, les soins de propreté et quelques anti-phlogistiques suffisent.

Nous avons vu que l'hémorrhagie pouvait devenir mortelle dans deux circonstances différentes : ou bien quand elle est trop abondante, ou bien quand des abcès ont lieu. On conçoit donc qu'il faut tout employer, astringents, tamponnement, etc., pour arrêter l'écoulement de sang ; que les anti-phlogistiques ne doivent pas être négligés, si l'inflammation se déclare : malheureusement on ne réussit pas toujours.

Mais que faire dans le cas de fistule vésico-vaginale produite par la gangrène? Dans ce cas, il y a perte de substance, et par suite les lèvres de la plaie sont écartées. On rapporte bien des guérisons obtenues, tantôt par les seuls secours de la nature, tantôt par la cautérisation ; mais on avait affaire alors à des fistules peu étendues. Il suffit de connaître tous les essais qui ont été tentés pour guérir une pareille infirmité, tous les instruments qui ont été inventés, pour voir que la thérapeutique chirurgicale est encore bien pauvre de ce côté.

Combien sont moindres encore les chances de réussite quand la femme qui réclame vos soins est faible, a les chairs molles, flasques; que les bords de la plaie sont durs, comme cartilagineux; que la fistule, enfin, est très-étendue! Il est néanmoins quelques cas de guérison : ainsi, M. Lallemand a guéri, dans le courant de 1839, à l'aide de sa sonde-airigne et de la cautérisation, une femme d'Aniane qui portait depuis plus d'un an une fistule vésico-vaginale. Depuis lors, le même professeur a tenté, dans le commencement de 1840, de guérir une autre femme présentant la même infirmité. La cautérisation avait été faite; la sonde-airigne était restée appliquée plusieurs jours, elle avait été retirée; déjà il y avait un commencement de réunion, lorsque, cinq jours après l'ablation de l'instrument, une péritonite grave est survenue; la fistule s'est rouverte, et la malade a succombé aux suites de l'inflammation du péritoine. On ne peut, dans cette circonstance, attribuer la péritonite à la présence de la sonde-airigne qui était enlevée depuis cinq jours, lorsque les symptômes du côté de la séreuse abdominale commencèrent à se manifester; du reste, la vessie n'était nullement enflammée, l'utérus non plus, comme la nécropsie l'a démontré. Une pareille inflammation doit être attribuée à la constitution atmosphérique qui régnait à cette époque : c'est ainsi qu'on a vu dans le même temps un simple stylet introduit dans le commencement de l'urètre être cause occasionnelle de péritonite et de mort.

Mais, pour revenir à notre sujet, toujours est-il que, malgré toutes les inventions qui ont été faites dans le but de guérir ces fistules, on peut dire encore que la plupart d'entre elles sont incurables.

RUPTURES DU PÉRINÉE.

Je ne ferai que mentionner les ruptures qui peuvent se faire à la vulve au moment où l'enfant se présente à cette partie. On a vu des brides, des cicatrices, être déchirées durant le travail de l'accouchement; les grandes lèvres elles-mêmes ne sont pas à l'abri de ces déchirures. Il arrive même quelquefois qu'une des nymphes est déchirée et pend en lambeaux; et, au sujet de ces replis, j'ai quelque chose à dire.

Celui qui arrive pour la première fois auprès d'une femme en travail peut croire d'abord que les petites lèvres, qui, comme on sait, ne sont que des replis muqueux, vont céder, s'étendre, s'effacer au moment où la tête se présentera à la vulve; il n'en est rien pourtant. Sans doute ces replis sont allongés, aplatis, mais ils ne se déploient nullement : c'est ce que j'ai eu occasion de voir plusieurs fois.

Enfin, il est une dernière partie de la vulve qui se déchire presque toujours au moment où la tête franchit le détroit supérieur, je veux parler de la fourchette ou commissure postérieure : j'ai dit presque toujours, car cette règle n'est pas sans exception. J'ai pu observer au Dépôt de police de Montpellier, à la fin de décembre 1839, une femme retenue pour une vaginite, et qui avait accouché au commencement de la même année. Cette femme ne présentait aucune déchirure de la fourchette qui était intacte; qui plus est, la paroi abdominale antérieure n'avait cédé nulle part. Du reste, la déchirure de ces parties est sans danger : un peu de cuisson, d'inflammation et de suppuration qui disparaissent dans quelques jours, voilà tout; s'il y avait un lambeau, le ciseau l'enlèverait.

Il est une autre déchirure plus importante, plus grave et qui doit nous arrêter plus long-temps : je veux parler de la rupture du périnée. Celle-ci peut se faire de deux manières, que nous examinerons chacune à part.

1° Quelquefois la tête de l'enfant a entraîné la fourchette, et le périnée n'étant pas bien soutenu par l'accoucheur, les épaules en sortant continuent la déchirure, qui peut s'étendre jusqu'au sphincter de l'anus seulement, ou bien jusqu'au rectum, en déchirant ainsi le sphincter et la terminaison du tube digestif. Dans ce dernier cas, le vagin est un véritable cloaque où aboutissent les excréments et les mucosités vaginales ; dans quelques circonstances, c'est le forceps imprudemment appliqué qui amène de pareilles déchirures. On conçoit quelle dégoûtante infirmité ce doit être pour les femmes ; heureusement que cet accident est assez rare. Si le sphincter n'a pas été entamé, ou ne l'a été que très-peu, il pourra bien arriver que la tuméfaction inflammatoire rapproche les parties, que l'adhésion se fasse, et que la femme se voie, après quelques jours, délivrée de cette infirmité; mais le plus souvent, surtout quand la

déchirure s'étend jusqu'au rectum, la réunion ne se fait pas, les parties se cicatrisent isolément : dans ce cas, il faut tout tenter pour guérir la femme. Cependant, on doit le dire, il faut d'abord chercher à prévenir un pareil accident, et cela en soutenant bien le périnée au moment de la douleur expultrice, en n'appliquant pas le forceps imprudemment; si, malgré ces précautions, l'accident survient, il ne reste qu'à y remédier.

Sans doute, comme le recommande Puzos, la situation est très-utile pour amener l'adhésion ; mais, quoi qu'en dise cet auteur, elle ne suffit presque jamais seule. L'accoucheur qui est présent au moment où la rupture a lieu, doit, alors que les lèvres de la plaie sont encore saignantes, les rapprocher, les réunir par quelques points de suture. Si l'on n'est appelé que long-temps après l'accouchement, lorsque les parties se sont cicatrisées isolément, on ne doit pas abandonner la femme à sa triste infirmité; on peut, à l'exemple de quelques auteurs, rafraîchir les lèvres de la plaie et chercher à obtenir l'adhésion à l'aide de la suture. On n'a pas toujours réussi, on n'est pas toujours sûr du succès; mais c'est assez qu'on ait réussi quelquefois pour tenter un pareil procédé. C'est ainsi que Smellie a échoué; que Dubois, d'après ce que raconte Gardien, n'a pas été plus heureux; mais, d'un autre côté, l'opération a été couronnée de succès entre les mains de Saucerotte, Noël et autres.

2° Ce n'est pas toujours de cette manière que se rompt le périnée; quelquefois la partie centrale seule cède: ce fait est assez extraordinaire pour nous arrêter un instant.

Il est arrivé quelquefois qu'après l'accouchement, lorsque par pudeur on avait reçu l'enfant sans découvrir la femme, il est arrivé, dis-je, qu'en examinant l'accouchée, on a trouvé le périnée déchiré sur la partie médiane, sans que la fourchette en avant et le sphincter en arrière eussent cédé. On a pu croire dans ce cas que l'enfant était passé par cette rupture médiane; mais si l'on réfléchit un peu, on verra que le grand amincissement que subit le périnée au moment où la tête de l'enfant va se présenter à la vulve, peut bien expliquer une pareille rupture. Cependant il est des faits, et des faits bien constatés, qui viennent à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent que le fœtus peut passer en entier par la rupture

médiane du périnée. En examinant les choses avec attention, on verra que cet accident est possible.

Il peut arriver, comme on le voit quelquefois, que l'orifice vulvaire du vagin soit très-rapproché du pubis, que la vulve soit très-rétrécie, et que par suite le périnée ait plus d'étendue, plus de hauteur d'avant en arrière. Au moment de l'accouchement, le périnée, qui a déjà une hauteur plus considérable que d'ordinaire, s'amincit, prend une étendue plus grande; sa longueur peut alors tripler. Si, dans ce moment que le périnée a pris une si grande extension et qu'il est en même temps très-mince, le fœtus est poussé par des contractions énergiques, violentes, la tête n'aura pas le temps de se relever assez pour arriver jusqu'à l'ouverture vulvaire; la partie centrale du périnée cédera de dedans en dehors; l'enfant suivra cette route et sortira par l'ouverture qu'il se sera, en quelque sorte, créée; c'est ce qu'ont observé des hommes dignes de foi. Sans doute cet accident doit être rare; mais la rareté d'un fait n'exclut pas son admission.

Quand on est appelé auprès d'une femme présentant les parties génitales externes dans l'état décrit ci-dessus, ne peut-on pas empêcher cette rupture médiane? Il faut d'abord que la femme ne reste pas assise, parce que dans cette position la tête de l'enfant pèse plus fortement sur le périnée; il faut qu'elle garde le décubitus horizontal. L'accoucheur, de son côté, doit, à chaque douleur, exercer une forte pression sur le périnée; il pourrait même, s'il arrivait au moment où la rupture va se faire, inciser la fourchette; peut-être qu'ainsi on éviterait la rupture médiane. Du reste, plusieurs observations prouvent que ces solutions de continuité peuvent guérir sans opération, et cela dans cinq à six semaines. Si la cicatrisation se fait isolément, on peut chercher à rafraîchir les bords de la plaie et à réunir par quelques points de suture. On pourrait aussi, à l'exemple du professeur Dubois, couper le pont qui sépare la vulve de la fistule.

Nous terminerons ici l'étude des différentes ruptures qui peuvent survenir chez la femme durant le travail; nous allons maintenant dire un mot du renversement et de la chute de la matrice au moment de l'expulsion du fœtus.

CHUTE DE LA MATRICE.

L'accoucheur, en arrivant auprès d'une femme en travail, sent quelquefois, en pratiquant le toucher, que la lèvre antérieure de la matrice coiffe la partie de l'enfant qui se présente ; il a le soin, à chaque douleur, de repousser cette partie de l'utérus en haut au-dessus des pubis. Néanmoins, malgré tous ses efforts, à peine l'enfant est-il sorti que le museau de tanche se présente à la vulve : il y a descente de la matrice. A quoi attribuer un pareil accident? Sans doute, si on n'a pas eu le soin de repousser la partie du viscère qui se présente, la partie de l'enfant qui est expulsée la première l'entraîne, et par suite la chute a lieu. Mais quand cet accident survient, alors que toutes les précautions ont été prises, on ne peut en accuser que la largeur considérable du bassin, la laxité des parties qui fixent la matrice dans sa position, laxité qui peut être primordiale, mais qui aussi peut être le résultat de grossesses rapprochées. Dans ce cas, à peine l'enfant est-il sorti, qu'on voit se présenter à la vulve une tumeur conique rouge-violet.

J'ai pu, vers la fin de décembre 1839, observer un pareil accident à la clinique d'accouchements de Montpellier : le chirurgien interne, M. Bourely, faisait l'accouchement en l'absence du professeur ; on avait affaire à une femme qui avait eu cinq enfants, et qui vint à la clinique déjà prise de douleurs. La lèvre antérieure du col suivait la tête qu'elle coiffait ; l'accoucheur avait eu le soin de la repousser, et cependant à peine l'enfant fut-il sorti que le museau de tanche se présenta à la vulve. Plusieurs élèves crurent d'abord que c'était le placenta, mais on leur fit reconnaître leur erreur. Quelque temps après le délivre sortit et après lui des caillots sanguins en abondance, au point de faire craindre une hémorrhagie ; mais, comme le fit observer l'accoucheur, ces caillots étaient le résultat du sang qui s'était amassé entre les parois de la matrice et la partie interne du placenta qui était décollé. D'ailleurs le pouls était bon, et aussitôt après la délivrance l'utérus revint sur lui-même. C'est ce qui arrive dans presque tous les cas ; en effet, la matrice ne tarde pas à se

contracter et par suite à remonter, comme je l'ai observé chez cette femme.

Il faudrait cependant bien se garder de prendre cette tumeur formée par le museau de tanche pour une partie du placenta, et de tirer par conséquent sur elle : de graves inconvénients pourraient en résulter. Il vaut mieux, dès que la délivrance a eu lieu, mettre la femme dans son lit, le bassin soulevé, et faire avec la main des frictions sur le ventre, pour activer les contractions de l'utérus ; bientôt tout rentre dans l'ordre.

RENVERSEMENT DE LA MATRICE.

Un accident qui est beaucoup plus grave et plus dangereux, c'est le renversement de la matrice au moment de la sortie de l'enfant.

Je ne débattrai pas ici la question de savoir si le renversement de la matrice est possible dans l'état de vacuité, ou bien s'il ne peut avoir lieu que par suite de la distension de ce viscère ; j'étudierai cet accident seulement au moment de l'expulsion de l'enfant.

Le renversement est dû le plus souvent à la négligence ou à l'ignorance d'une sage-femme ou de l'accoucheur : en effet dans quelles circonstances a-t-il lieu? Tantôt c'est parce qu'on tire sur le placenta avec force, brusquement, alors qu'il adhère fortement à l'utérus, de manière que ce viscère est entraîné et que son fond est obligé de suivre le corps dont on veut faire l'extraction. Tantôt c'est le cordon ombilical qui est trop court, ou qui le devient parce qu'une partie entoure le cou ou le tronc de l'enfant, et par suite de la sortie du fœtus l'utérus est entraîné et se renverse. Il peut arriver pourtant, lorsque le placenta a été extrait, que le renversement, mais un renversement incomplet s'opère; c'est que dans ce cas l'utérus est atteint d'inertie.

Du reste, il ne faut pas croire que le renversement soit toujours complet, qu'il ressemble à un doigt de gant retourné. Quelquefois il n'y a qu'une simple dépression du fond de la matrice, qui s'enfonce, suivant l'expression de Mauriceau, comme le col d'une fiole de verre. Dans un second

degré, le fond du viscère s'engage dans son orifice. Enfin, dans un troisième degré, l'utérus est tout-à-fait renversé.

D'après ces différents degrés, on conçoit que les signes, les symptômes doivent varier. On sait très-bien qu'après la délivance l'utérus ne tarde pas à revenir sur lui-même, à se contracter, à se durcir, et à former à l'hypogastre une tumeur de la grosseur d'une orange environ. Quand le renversement incomplet existe, qu'il n'y a qu'une simple dépression, la main, en pressant l'hypogastre, peut reconnaître cet enfoncement; si l'on porte en même temps le doigt indicateur de l'autre main dans la cavité de la matrice, on trouve son fond ou une de ses parois déprimée, plus ou moins rapprochée de son orifice. On conçoit même que si on ne repousse pas cette partie déprimée, les contractions des muscles abdominaux amènent un renversement complet. Si le fond de la matrice s'est engagé dans son col, la fosse que l'on observera à l'hypogastre sera plus considérable, et le doigt touchera en même temps le fond de l'utérus engagé dans l'ouverture de son col. Enfin, si le renversement est complet, la main, en palpant l'hypogastre, ne rencontre aucun corps; mais en revanche on trouve à la vulve ou l'on touche dans le vagin une tumeur plus ou moins volumineuse. Maintenant si l'utérus a été entraîné par le cordon ombilical qui était trop court, la tumeur qui fait saillie hors de la vulve est plus volumineuse; une membrane lisse la recouvre et sous elle rampent un grand nombre de vaisseaux, la plupart apparents; tandis que, quand l'utérus est dépouillé du placenta, son volume est beaucoup moindre; la tumeur est formée par un tissu mollasse, spongieux; le sang ruisselle de toute la surface. De pareils déplacements ne doivent pas être sans conséquence pour la femme.

Sans parler de l'hémorrhagie qui peut devenir dangereuse, mortelle même, il est d'autres accidents plus ou moins graves qui tourmentent le malade. Tant qu'il n'y a qu'une simple dépression, la femme ne souffre pas, ne remarque aucun changement; mais, dans le renversement au second degré, la malade commence à ressentir des douleurs aiguës dans les aines, les reins, une pesanteur incommode dans le bassin, de la difficulté à uriner; du ténesme qui amène des efforts et précipite de plus en

plus la matrice. Dans le troisième degré, les douleurs sont excessives; il semble à la femme qu'on lui arrache les entrailles; il survient des sueurs froides, des convulsions, le délire; la mort même peut en être le résultat quelques heures après l'accouchement. En outre, la matrice complétement renversée et non réduite ne tarde pas à s'enflammer, se gangréner; heureusement que la superficie seule est mortifiée, et que les malades peuvent guérir tout en conservant cette infirmité.

Dans ce renversement complet, un autre accident peut survenir; une anse intestinale peut s'insinuer dans le fond de la matrice, y être étranglée et amener des douleurs, des nausées, des vomissements, qu'on regarde trop souvent comme sympathiques. C'est ainsi que Stalpart Van-der-Wiel, en faisant l'autopsie d'une femme morte, une demi-heure après l'accouchement, des suites d'une hémorrhagie occasionnée par un renversement, trouva les intestins à nu dans la poche formée par la matrice renversée.

Si la malade résiste aux accidents primitifs, la matrice revient sur elle-même et ne conserve que la grosseur d'un utérus ordinaire dans l'état de vacuité; du sang suinte de sa surface, et si on ne connaissait la cause d'une pareille tumeur, si on ne l'examinait avec soin, on pourrait croire avoir affaire à un polype.

Une femme atteinte d'une pareille infirmité traîne une vie misérable; des pertes habituelles, soit de sang, soit d'humeur muqueuse, la conduisent à la cachexie et à la mort; on en a vu cependant vivre long-temps jouissant d'une bonne santé. On pense bien qu'une femme dans cet état est impropre à la génération, quoi qu'en dise Chevreuil, dans l'observation qu'il a communiquée à Baudelocque. Sans doute le renversement complet est grave et souvent mortel; mais aussi il arrive souvent qu'une femme, qui aurait pu vivre long-temps avec cette maladie, succombe aux efforts inutiles qu'on a tentés pour replacer la matrice; car des efforts de réduction trop prolongés doivent amener des meurtrissures, de l'inflammation, la gangrène et enfin la mort.

Le renversement de la matrice est suivi d'accidents trop dangereux pour que l'accoucheur ne prenne pas toutes les précautions possibles pour

l'éviter. Il suffit de connaître dans quelles circonstances il a lieu pour que l'homme de l'art sache ce qu'il a à faire : ainsi, si le cordon est court, il soutiendra l'enfant; s'il entoure le tronc du fœtus, il le coupera. Pour l'extraction du placenta, il tirera lentement, sans secousses, suivant les différents axes du bassin. Une fois que le renversement a eu lieu, les indications varient selon le degré qu'on a à combattre. S'il n'y a qu'une simple dépression et que le placenta ait été extrait, il suffit de frictionner l'hypogastre pour solliciter les contractions de l'utérus, qui ne tarde pas alors à revenir sur lui-même, à se durcir, et par suite la dépression disparaît. Si ce moyen ne suffit pas ou si le renversement est plus considérable, on ne doit pas craindre de porter la main dans la cavité de la matrice et de repousser la paroi déprimée, avec la précaution de soutenir un instant de peur qu'elle ne s'enfonce de nouveau. S'il survient un renversement complet, on doit se hâter de réduire ; mais avant, si le placenta n'a pas été détaché, il faut l'enlever et n'essayer qu'après de faire remonter l'utérus. Dans cette réduction, il faut chercher à replacer d'abord la partie renversée la dernière; si ce moyen ne réussit pas, on réunit les doigts en cône et on refoule de prime-abord le fond de l'organe. Parvient-on à replacer ce viscère, on doit laisser un instant la main dans l'intérieur de la matrice, titiller ses parois pour déterminer des contractions ; en même temps une main placée à l'hypogastre cherche à la fixer ; la malade restera couchée sur le dos, le bassin un peu élevé, et évitera toute sorte d'efforts. Si la réduction ne peut se faire, il vaut mieux laisser vivre la femme avec cette infirmité que de tenter, à l'exemple de quelques auteurs, l'ablation de l'utérus à l'aide de la ligature : la mort en est presque le résultat certain. D'ailleurs la nature a tant de ressources, qu'elle se suffit quelquefois. Qui ne connaît les exemples de guérison spontanée de renversement complet rapportés par Delabarre et Baudelocque?

DE L'ÉCLAMPSIE.

Il arrive quelquefois que, durant le travail, alors que tout semble marcher très-bien, la femme, par suite d'un effort de sang vers le cerveau

et de la congestion cérébrale qui en résulte, est prise de mouvements convulsifs, de perte de sentiment, de coma et autres symptômes graves, symptômes qui constituent l'éclampsie. Je ne m'arrêterai pas ici à discuter l'opinion de ceux, Tissot par exemple, qui prétendent que, dans ces convulsions puerpérales, on n'a affaire qu'à une épilepsie véritable. Je ne regarderai pas, avec Levret et autres, ces convulsions comme le résultat d'une apoplexie. De nos jours même, il semble que les auteurs ne s'entendent pas bien sur ce qu'ils appellent *éclampsie ;* aussi M. Velpeau, en étudiant cette maladie, a-t-il soin de rapporter les différents noms qu'on lui a donnés. « Les convulsions puerpérales, dit-il, encore appelées convulsions apoplectiques, apoplexie hystérique, apoplexie laiteuse, sympathique, éclampsie de l'accouchement, diffèrent des autres maladies en ce qu'elles sont évidemment attachées à l'état de grossesse qu'elles compliquent. » Pour nous, laissant de côté toutes discussions, nous nous en tiendrons à la définition que nous avons donnée ci-dessus et qui appartient à M. Désormeaux, et nous étudierons de suite l'éclampsie pendant le travail ou immédiatement avant, et enfin après l'accouchement, ce qui est rare.

Les femmes pléthoriques, primipares, celles dont l'utérus est fortement distendu par une grande quantité d'eau, par des jumeaux, un enfant volumineux, sont prédisposées à l'éclampsie. Cette règle n'est, sans doute, pas sans exceptions, puisqu'on trouve dans Mauriceau, Delamotte, des femmes qui n'ont été frappées de convulsions puerpérales qu'à leur cinquième grossesse.

Suivant M. Baudelocque neveu, des vêtements étroits, une nourriture trop succulente, le défaut d'exercice, les affections morales vives, telles que le chagrin, la contrariété, la colère, sont autant de causes d'éclampsie : c'est ainsi que j'ai vu une jeune femme primipare à terme être prise, sous l'influence d'une colère, d'une forte attaque d'éclampsie qui faillit l'enlever. Mais une remarque qui n'a pas échappé à M. le docteur Bouteilloux, et que Mme Lachapelle a faite souvent aussi à la Maternité, c'est que cette affection règne quelquefois d'une manière épidémique. « Une femme affectée de ce mal nous en annonce une ou plusieurs autres », dit Mme Lachapelle. Cependant la cause occasionnelle la plus fréquente, c'est la difficulté du

travail de l'enfantement ; comme aussi, après l'accouchement, la rétention du placenta ou d'un caillot, la suppression des lochies peuvent amener le même accident. Il faut le dire néanmoins, pour nous la suppression des lochies est plutôt le résultat, l'effet de l'éclampsie que la cause.

Des symptômes précurseurs l'annoncent souvent ; ce sont ordinairement ceux d'une congestion cérébrale : ainsi, les yeux sont rouges, injectés ; la figure est animée ; les artères temporales battent avec force ; la femme a des bouffées de chaleur, de l'assoupissement, quelques mouvements convulsifs dans les muscles de la face ; elle ressent une céphalalgie plus ou moins intense, avec éblouissement, vertiges, quelquefois même vomissement. Il ne faut pas croire de rencontrer toujours ces phénomènes précurseurs : dans quelques circonstances la face est pâle ; le pouls petit, dur ; les membres froids ; dans d'autres cas aucun symptôme précurseur n'annonce l'accès. Néanmoins le professeur Chaussier pense que, dans tous les cas, il existait déjà une prédisposition, et que les symptômes qui pouvaient annoncer l'accident ont été méconnus ou inaperçus.

Quoi qu'il en soit, dès que l'accès commence, la femme tombe sans connaissance, s'agite dans des mouvements convulsifs, tord ses membres qu'elle étend et fléchit alternativement. Quelquefois, dit Chaussier, nous avons vu des femmes, dans des accès de convulsions, porter automatiquement leurs mains à l'épigastre, se frapper fortement cette région, chercher à la déchirer avec leurs ongles. La langue exécute des mouvements irréguliers, et il n'est pas rare qu'elle soit déchirée, coupée même dans les contractions involontaires des mâchoires. Au milieu de cette violente agitation, la malade a tout-à-fait perdu l'exercice de ses sens ; elle n'entend aucun son, ne perçoit aucune lumière, bien que la pupille soit dilatée. On peut la pincer sans qu'elle le sente ; les membres inférieurs surtout sont froids, pâles, comme insensibles à l'action des stimulants, au point que M. Désormeaux a vu les sinapismes, appliqués sur les jambes d'une femme frappée d'éclampsie, rester deux jours sans produire aucune action.

Mais, si les fonctions sensoriales sont ainsi annulées, il n'en est pas de même des muscles de la vie organique : la respiration est irrégulière,

bruyante; les urines, les matières fécales sont expulsées involontairement de leurs réservoirs, qui se resserrent spasmodiquement; l'estomac lui-même chasse de sa cavité les matières qu'il contient. Il n'est pas étonnant de voir l'accouchement se terminer spontanément à l'insu de la femme. La face est rouge, tuméfiée; la sueur ruisselle de tout le corps; le pouls est fort et grand : ce premier accès peut être assez violent pour tuer la femme. Plus souvent, de nouveaux accès surviennent plus forts, plus intenses; et si l'on n'apporte un prompt remède, la mort peut en être le résultat. C'est alors, dans ces derniers accès, qu'on voit, à l'état d'agitations, de vives colorations de la face, succéder un calme des plus absolus, une pâleur mortelle; alors les symptômes soporeux, le coma, surviennent et mettent un terme aux souffrances de la malade.

La durée de l'accès est très-variable et ne peut être déterminée; elle n'est quelquefois que de deux minutes, d'autres fois de dix, quinze minutes, même de demi-heure; on l'a vu de vingt-quatre heures. Il n'y a rien aussi de fixe dans le nombre, le rapprochement des accès; quelquefois un seul a lieu et se termine par le retour à la santé ou par la mort, d'autres fois plusieurs accès se succèdent. Il n'est pas rare que dans l'intervalle la femme soit dans un état de santé complet; assez souvent pourtant elle reste plongée dans un état soporeux, comateux; malgré ce, elle peut encore revenir à la santé; et si l'accouchement a eu lieu spontanément, elle est étonnée et semble ne pas vouloir y croire. Du reste, on pense bien que la maladie devient d'autant plus grave que les accès sont plus rapprochés.

D'après ce qui précède sur la symptomatologie, on peut voir comment cette maladie peut être confondue avec l'épilepsie, l'apoplexie, l'hystérie; sans doute elle se rapproche de ces maladies, mais elle présente quelque chose de particulier, de spécial. D'ailleurs, dans l'hystérie, il n'y a que des mouvements spasmodiques sans symptômes soporeux; on ne peut donc pas la confondre avec l'éclampsie. Celle-ci peut aussi être distinguée de l'épilepsie : tout individu qui a pu suivre une maison d'aliénés et observer des épileptiques, ne tombera pas dans l'erreur. Quand on a vu ces malheureux tomber très-souvent en poussant un cri, alors même qu'ils ne s'attendaient pas à l'accident, être agités de mouvements convulsifs avec

la bave à la bouche, et recouvrer bientôt l'usage de leurs sens sans présenter aucun symptôme comateux, il est difficile de se méprendre. Quant à l'apoplexie, on ne voit pas dans cette maladie survenir des mouvements convulsifs : c'est le coma, c'est la perte de l'intelligence qui surviennent alors. Néanmoins, il est des cas où l'accoucheur peut être embarrassé, surtout s'il a affaire à une femme déjà affectée d'épilepsie ou d'hystérie.

Du reste, si, après la mort, on vient à examiner l'encéphale, on rencontre tantôt un épanchement sanguin, tantôt des traces de congestion, les veines et les sinus encéphaliques plus ou moins gorgés de sang. Mais aussi dans d'autres circonstances à peine si l'on observe un peu de sérosité dans les ventricules; et quelquefois on ne trouve aucunes lésions appréciables.

Une pareille affection, comme on le pense bien, est souvent mortelle; cependant son pronostic varie beaucoup. C'est ainsi que l'éclampsie qui se développe avant le commencement du travail est plus dangereuse que celle qui survient durant les douleurs ; c'est ainsi que plus les accès sont violents, rapprochés, plus la mort est à craindre; que le danger est plus grand quand la connaissance ne revient pas dans l'intervalle des accès. Quelquefois un premier accès emporte la malade ; heureusement pourtant la guérison survient assez fréquemment. Ainsi, cette jeune femme que j'ai pu observer a guéri après avoir eu plusieurs accès : elle accoucha naturellement, seulement l'enfant était mort : j'ajoute exprès que le fœtus était mort, car celui-ci court autant de dangers que la mère, et souvent un accouchement naturel ou artificiel donne, à la suite de ces abcès, un enfant privé de vie.

Le pronostic n'est cependant pas toujours aussi fâcheux à l'égard du produit de la conception : Mauriceau, Delamotte, Baudelocque ont pu en sauver plusieurs. Madame Lachapelle pense, d'après quelques recherches, que l'on conserve la moitié ou même les trois cinquièmes des enfants dont la mère est frappée d'éclampsie. Mais hâtons-nous d'arriver au traitement.

Nous avons vu que les femmes pléthoriques primipares, celles qui se nourrissaient d'aliments trop succulents, faisaient peu d'exercice, etc.,

étaient surtout exposées à l'éclampsie. Cette énumération suffit pour voir dans quel but doit être dirigé le traitement préservatif : une saignée, une nourriture moins succulente, de l'exercice, pourront prévenir un accès d'éclampsie. Mais si, malgré l'emploi de moyens appropriés, celle-ci éclate, l'accoucheur doit, sans balancer, employer un traitement énergique ; car un moment d'hésitation, de retard, peut être cause de la mort de la femme.

On pourrait croire, d'après les mouvements convulsifs qui agitent la malade, que les anti-spasmodiques réussiraient; l'expérience pourtant a prouvé leur inutilité : aussi l'éther, l'eau de mélisse, de fleurs d'oranger, de menthe, de tilleul, etc., doivent être mis de côté, ou du moins ne doivent être employés que d'une manière fort accessoire. Dans un véritable accès d'éclampsie, un moyen unique, celui qui de tout temps a joui d'une grande faveur auprès des accoucheurs, c'est la saignée : Mauriceau, Delamotte, Puzos, l'ont pratiquée jusqu'à quatre-vingt-six fois chez la même femme, pendant le cours de sa grossesse. Le tempérament, la constitution de l'individu doivent guider l'accoucheur dans la quantité de sang à tirer. Ce sera tantôt aux saignées générales, tantôt aux saignées locales qu'on aura recours : ainsi, si la femme est faible, si l'accès est peu intense, les sangsues pourront suffire; chez une autre femme qui sera forte, il faudra commencer par tirer du sang de la veine, plusieurs fois même si le besoin l'exige, et ce ne sera qu'après qu'on en viendra aux émissions sanguines locales.

Mais quelle est la veine qu'il faut ouvrir? Est-ce celle du cou, une de celles du pli du bras, la saphène? On doit s'adresser, dans ce cas, aux veines de l'avant-bras. Dans l'éclampsie, on a surtout pour but de désemplir les vaisseaux, de diminuer la quantité de sang; on y parvient très-facilement et très-vite en ouvrant une de ces veines, d'autant plus que, dans l'accès, le bras est plus facile à maintenir, que le sang sort avec plus de facilité, d'abondance.

L'application du froid sur la tête, vantée par Denman et la plupart des accoucheurs anglais, est aussi recommandée par M. Baudelocque neveu, Mme Lachapelle et autres. Ce moyen peut sans doute être très-

utile, mais il doit être employé avec prudence et d'une manière continue; car, si on ne l'emploie qu'un instant, il peut en résulter de graves accidents : une réaction cérébrale terrible peut survenir et tuer la malade.

Je ne dirai rien de l'eau froide appliquée sur le ventre, d'après le conseil de Sigaud; trop peu de faits sont en sa faveur. Les émissions sanguines pratiquées, on couvre les jambes, les pieds, de cataplasmes sinapisés, de sinapismes; on peut encore plonger la malade dans un bain tiède qu'on prolongera une heure et même plus.

Je passerai aussi sous silence l'emploi de l'émétique recommandé par Hamilton : ces moyens sont délaissés en France L'on peut dire à ce sujet, avec Mme Lachapelle, qu'on se ferait un juste scrupule de confier ainsi presque au hasard le salut des malades.

Tel est le traitement employé contre l'éclampsie en général. Si elle est survenue durant le travail, il faut voir à quelle cause elle tient : ainsi, est-elle due à la distension de l'utérus par une trop grande quantité de liquide amniotique, on doit rompre les membranes; la diminution du volume de l'utérus peut calmer ou modérer du moins les accidents. Si le départ du mal réside dans la rigidité du col, sa dureté squirrheuse, son resserrement spasmodique, il faut chercher à le faire dilater à l'aide du cérat opiacé, ou mieux de la pommade de belladone; s'il est réellement trop dur et qu'il ne puisse se dilater, il faut l'inciser, comme le recommande M. Bodin. On ne doit pas ici partager les craintes de Mme Lachapelle, qui redoute de voir les incisions du col amener des déchirures du corps de l'utérus. Du reste, suivant les cas, on aura recours à la version, ou bien on fera l'extraction à l'aide du forceps.

Si l'éclampsie survient après l'accouchement, il faut voir à quelle cause elle est due. Est-ce la présence du placenta, sont-ce des caillots retenus dans la cavité de la matrice qui ont occasionné cet accident, la première chose à faire c'est d'extraire ces véritables corps étrangers. On pourrait encore chercher à rappeler les lochies supprimées, si l'on croyait que cette excrétion y fût pour quelque chose.

DE L'HÉMORRHAGIE DURANT LE TRAVAIL.

Il est un autre accident aussi grave que l'éclampsie, pour ne pas dire plus, qui peut aussi survenir durant le travail ou après l'accouchement : nous voulons parler de l'hémorrhagie. Comme on le voit, nous laissons de côté celle qui peut survenir pendant les premiers mois de la grossesse et qui est toujours accompagnée de l'avortement. Si nous nous en occupions, nous pourrions surtout nous appesantir sur les causes, voir comment il faut une prédisposition, une cause générale interne; car, combien de personnes du sexe n'ont-elles pas essayé de se faire avorter sans pouvoir y parvenir, tandis qu'une femme pléthorique avortera quelquefois sans cause connue ! En outre, avec quelle facilité n'avorte pas cette autre femme qui a déjà éprouvé cet accident, au point quelquefois de ne pouvoir retenir dans son sein un enfant jusqu'à terme, car un avortement semble en provoquer un autre !

Nous ne dirons rien non plus des hémorrhagies qui paraissent quelquefois après le sixième mois de la grossesse, hémorrhagies qui peuvent bien tenir à un *molimen hæmorrhagicum* comme les précédentes, mais qui le plus souvent reconnaissent pour cause le décollement du placenta greffé sur l'orifice utérin.

Quelles sont les causes qui peuvent donner lieu à l'hémorrhagie pendant le travail ? Nous avons vu, en parlant des ruptures de l'utérus, du vagin, comment les veines volumineuses et nombreuses qui entourent le vagin et qui sont sur les parties latérales de l'utérus, pouvaient fournir un écoulement de sang assez abondant pour faire périr la femme, qui, un instant auparavant, semblait sur le point d'accoucher heureusement. Dans d'autres circonstances, le placenta, greffé non loin du col de la matrice, ne peut résister aux premières contractions utérines, se décolle en partie, peut même sortir, être expulsé avant l'enfant; mais en même temps que ce décollement a lieu, le fœtus empêche l'utérus de revenir sur lui-même, et par suite, ce viscère fournit, par ses sinus béants, un écoulement de sang plus ou moins abondant.

Il est une autre cause qui a été invoquée par quelques auteurs, entre autres par Delamotte, Levret, Baudelocque : je veux parler de la rupture des canaux vasculaires du cordon ombilical. Mais, dans ces cas, n'est-on pas tombé dans l'erreur ; et le sang, au lieu de venir de la rupture des vaisseaux du cordon, ne provenait-il pas de la matrice elle-même ? C'est ce que pense M. Velpeau. D'ailleurs, comme le dit Mme Lachapelle, il faudrait des circonstances bien favorables à cet écoulement pour qu'il ne fût point arrêté par la compression qu'exercent sur le cordon les contractions utérines tant que l'enfant n'est pas entièrement au-dehors.

Ainsi, en mettant de côté le cas où la perte est le résultat d'une rupture, il est facile de voir qu'elle est le plus souvent sous la dépendance du décollement du placenta ; encore même alors l'utérus, en se contractant, en revenant sur lui-même, doit bientôt arrêter le sang, qui ne continuerait à couler que dans le cas d'inertie de la matrice : aussi, l'inertie qui survient pendant les douleurs est ordinairement peu redoutable. Que si l'utérus ne se contractait pas, si par suite les sinus béants continuaient à fournir du sang, ne reste-t-il pas la faculté de terminer promptement l'accouchement ?

Il est cependant un cas qui peut embarrasser beaucoup, c'est lorsqu'une hémorrhagie considérable se déclare, alors que le travail est à peine commencé. Le col n'est que peu ou point dilaté et le sang coule avec abondance ; que faire dans cette circonstance ? On doit avoir recours de suite au tamponnement. Ce moyen peut même être regardé comme curatif, en ce sens qu'il excite l'utérus à se contracter, qu'il accélère le travail. Mais si celui-ci est bien commencé, l'homme de l'art a en son pouvoir deux moyens bien plus efficaces. Le premier, c'est la rupture de la poche des eaux : il faut seulement l'employer avec prudence ; il faut que le travail soit déjà avancé, que le fœtus se présente bien. Le second, c'est l'accouchement artificiel. Doit-on, dans ce cas, attendre que le col utérin soit suffisamment dilaté pour laisser passer, non-seulement la main ou un instrument, mais encore le fœtus en entier ? Il est des circonstances où, l'hémorrhagie ne pouvant s'arrêter, si l'on ne débarrasse la femme, tout retard pourrait devenir funeste ; il faut alors en venir à la version, tout en dilatant le col utérin.

Quant au tampon, il a des avantages, comme nous l'avons vu, mais il n'est pas sans inconvénient. Sans doute il arrête l'effusion de sang, l'empêche de s'écouler au-dehors, le force à rester dans la cavité de la matrice, et amène ainsi la formation des caillots; mais si le tampon reste trop long-temps, ceux-ci peuvent se putréfier et amener de graves accidents. Ce corps étranger peut aussi empêcher la sortie de l'urine, des matières fécales; heureusement qu'on n'est que rarement obligé d'employer de pareils moyens par suite d'une hémorrhagie pendant le travail. Un écoulement de sang abondant et funeste à la mère peut encore survenir, lorsqu'elle a été débarrassée du produit de la conception ; nous allons nous en occuper.

DE L'HÉMORRHAGIE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Nous donnerons, avec Mme Lachapelle, le nom d'hémorrhagie après l'accouchement, à toute perte plus considérable que ne doivent être les lochies, et moins distante de l'état de couche que ne doit l'être le premier retour de l'évacuation menstruelle. Etudions avec soin cette perte sanguine qui peut être très-dangereuse.

Parmi les causes, nous ne ferons que citer les ruptures du vagin et de l'utérus; il en a été question ailleurs.

Faut-il croire, avec quelques accoucheurs, que l'hémorrhagie puisse avoir sa source dans le cordon ombilical séparé du fœtus ? Cela peut arriver, sans doute, quand le délivre est commun à deux enfants jumeaux et que l'un d'eux est contenu dans l'utérus ; mais quand il n'y a qu'un seul fœtus, que celui-ci a été expulsé, la chose est peu à craindre. Combien de fois n'ai-je pas vu, à Paris, l'accoucheur être obligé de couper le cordon ombilical qui entourait le cou ou le tronc de l'enfant et menaçait de l'étrangler, sans qu'aucune hémorrhagie ne survînt ! On connaît à ce sujet les expériences de Hunter, qui dit avoir, deux cents fois au moins, laissé couler le sang du cordon séparé du fœtus ; ce liquide s'arrêtait quand le placenta s'était vidé du peu qu'il pouvait contenir au moment de la section.

Une autre cause de cette hémorrhagie, qui ne nous arrêtera pas parce que nous en avons déjà parlé, c'est le renversement de la matrice. En étudiant ce renversement, nous avons vu comment la perte de sang continue pouvait amener la mort de la malade. On conçoit aussi que la rétention du placenta dans la cavité de la matrice peut être cause d'une hémorrhagie qui ne cessera que par l'expulsion du délivre. C'est ainsi que Dugès rapporte l'observation d'une femme accouchée depuis quinze heures, qui n'avait pas rendu le placenta, qui depuis lors n'avait pas cessé de perdre du sang et qui fut sauvée par l'extraction de ce corps. Il est bon de prévenir ici contre une erreur : il arrive quelquefois qu'après l'extraction du délivre qui a séjourné un temps assez long dans la cavité de la matrice, celle-ci expulse des caillots assez considérables pour effrayer un accoucheur inexpérimenté ; mais s'il examine l'état du pouls, s'il palpe l'hypogastre, il reconnaîtra bientôt, à la force des battements artériels, au retour de l'utérus sur lui-même, il reconnaîtra, dis-je, qu'il n'a rien à craindre, que ces caillots expulsés s'étaient formés lorsque le sang était retenu par le placenta.

La plus fréquente des causes de perte utérine après l'accouchement, c'est l'inertie de l'utérus. Je ne m'attacherai pas ici à étudier l'inertie en elle-même ; il nous suffira de savoir que beaucoup de causes peuvent la produire. C'est tantôt par épuisement à la suite d'un long et pénible travail ; tantôt, au contraire, un travail trop court et un accouchement précipité laissent la matrice dans un état de stupeur. Ici c'est la distension outrée de l'utérus par des jumeaux, un enfant volumineux, une grande quantité de liquide amniotique qui semble paralyser les contractions utérines, etc. Quoi qu'il en soit, dès le moment que la matrice ne se contracte pas, elle reste molle, flasque ; les sinus sont béants, découverts par la chute du placenta, et alors l'hémorrhagie a lieu.

Mais sont-ce là toutes les causes de cette perte ? Celle-ci ne peut-elle pas ici, comme dans d'autres organes, avoir lieu sous l'influence d'un état général ? L'hémorrhagie peut, en effet, survenir par suite d'un *mólimen hæmorrhagicum*, état dû à la pléthore, à une chaleur excessive développée autour d'une accouchée : c'est ainsi que des commotions morales vives, des

liqueurs échauffantes, comme malheureusement on est dans l'habitude d'en faire prendre à nos femmes de campagne pour activer, dit-on, le travail, peuvent être autant de causes d'hémorrhagies dangereuses.

Celles-ci se divisent en externes et en internes; avant d'étudier les unes et les autres, voyons quels en sont les signes précurseurs. Ceux-ci varient comme la cause; il est même des cas où ils n'existent pas, comme dans les ruptures, le renversement de la matrice. Mais quand il y a inertie de l'utérus, on sent, en palpant l'abdomen dès que la femme a été délivrée, le corps utérin flasque, mou, étendu au-devant du rachis et ne se contractant nullement, ou bien, s'il se contracte un peu par intervalle, ne tardant pas à retomber dans son état de flaccidité et de mollesse. Un écoulement de sang abondant est à craindre alors, si déjà il n'a pas commencé à se faire. Si la femme est sous l'influence d'une cause active, qu'il existe un *molimen hæmorrhagicum*, elle ressentira, avant l'apparition du sang, de la céphalalgie, de la chaleur; elle aura le pouls fort, fréquent, un mouvement fébrile; des frissons alterneront avec la chaleur; l'accouchée sentira, dans le bassin, de la pesanteur, de l'engourdissement; enfin, l'hémorrhagie se déclarera.

Quand elle est externe, l'écoulement du sang au-dehors ne peut laisser de doute sur la nature de la maladie. On reconnaît surtout qu'on a affaire à un état pathologique, lorsque dans quelques minutes seulement l'écoulement a été assez abondant pour inonder les draps de la malade. Il n'en est pas cependant toujours ainsi: quelquefois le sang coule avec moins de force, et quelques moments se passent avant que le chirurgien soit sûr d'avoir affaire à une hémorrhagie; en effet, les lochies, qui ne sont ordinairement sanguines que les premiers jours, peuvent parfois durer huit ou dix jours Dans d'autres cas, la menstruation se rétablit après quinze jours, trois semaines: ce prompt retour des menstrues arrive surtout quand la femme ne nourrit pas. Sans doute celle-ci qui ne s'y attend pas s'effraiera; une sage-femme ou un accoucheur ignorant n'étant pas prévenu de ce qui peut survenir, pourra bien se troubler, chercher à combattre la prétendue hémorrhagie; mais l'homme instruit ne sera nullement étonné et laissera agir la nature. J'ai vu une pareille erreur commise à la clinique d'accou-

chements de Montpellier, à la fin de décembre 1839 : le chirurgien interne était absent; la sage-femme qui était de garde voit une femme accouchée depuis dix-huit jours se plaindre de tranchées, de coliques, et rendre bientôt quelques caillots. Elle s'effraie, elle croit avoir à combattre une hémorrhagie, et demande pour cela les moyens propres à arrêter l'écoulement du sang; dans ce moment, l'interne arrive et reconnaît qu'il ne s'agit que d'un retour des menstrues.

Dans d'autres circonstances, le sang, au lieu de s'écouler au-dehors, s'épanche dans la cavité même de la matrice, la distend, et peut s'y amasser en assez grande quantité pour faire mourir la malade : l'hémorrhagie dans ce cas est dite interne. Dans celle-ci, le sang ne s'écoule plus à l'extérieur; les lochies sont suspendues; la matrice, qui un instant auparavant était molle, flasque, appliquée sur le rachis, prend du volume, se distend; ou bien, si elle est revenue sur elle-même, elle prend de l'accroissement, s'élève progressivement jusqu'à l'ombilic. En même temps que les lochies sont suspendues, il y a issue de quelques caillots; ceux-ci peuvent surtout aider le diagnostic, quand ils sortent par suite de la compression qu'on exerce sur l'abdomen. L'utérus, distendu par le sang, donne à la cavité abdominale le volume qu'elle avait lorsque le fœtus était encore contenu dans son intérieur. Il faut pourtant être prévenu que ce développement du ventre peut être dû à toute autre cause, à la présence de gaz, par exemple, développés dans les intestins, ou bien encore à une péritonite : il suffit de connaître de pareils accidents pour éviter l'erreur.

Mais que l'hémorrhagie soit interne ou externe, si le sang s'écoule pendant quelque temps et surtout avec abondance, d'autres symptômes ne tardent pas à se manifester. Ceux-ci sont communs à toutes les pertes sanguines : la femme est prise de frissons, de sueurs froides, de lipothymies; la peau devient pâle, froide; le pouls petit, à peine sensible; il survient des syncopes, des douleurs de reins, la mort enfin si on ne secourt la malade.

Après l'énumération de ces symptômes, on pourrait croire qu'il est bien difficile de se méprendre et d'attribuer à une hémorrhagie des symptômes qui sont le résultat de toute autre affection; cependant il faut se tenir sur

ses gardes, ne pas agir avec précipitation et peser avec soin toutes les circonstances; car un accouchement prompt est cause parfois de lipothymies, comme aussi un travail laborieux amène quelquefois un spasme violent avec tremblement général, pâleur, frissons, petitesse du pouls, etc. Il faut donc être prévenu que de pareils accidents peuvent arriver, et voir comment on peut les distinguer de ceux qui sont le résultat de l'hémorrhagie.

Du reste, celle-ci, lorsqu'elle est considérable, devient rapidement mortelle. Elle est plus ou moins grave suivant la cause qui lui a donné lieu, suivant la constitution de la femme : c'est ainsi qu'une femme faible, cacochyme, succombera à une perte de sang qui aurait affaibli seulement une femme forte, pléthorique. En outre, le danger est moins grand quand le sang s'écoule au-dehors que lorsqu'il s'amasse dans la cavité de la matrice. Dans le premier cas, en effet, l'hémorrhagie peut être reconnue par une personne même étrangère à l'art; il n'en est pas de même dans le second, et des personnes peu instruites ou inattentives peuvent se méprendre. D'ailleurs, les manœuvres qu'on est obligé quelquefois d'employer dans la perte utérine interne, telles que l'extraction des caillots, l'introduction de la main dans la cavité de la matrice, peuvent venir encore ajouter au péril que court la femme.

Si celle-ci vient à succomber et qu'on l'examine, on trouve le cœur et les gros vaisseaux vides ou ne contenant qu'un peu de sang séreux; quelquefois les grandes cavités splanchniques sont remplies d'épanchements fortement teints de sang, ce qui est dû à la seule transsudation; l'utérus est mou, large, extensible; ses sinus sont largement ouverts; on rencontre quelquefois des gaz dans sa cavité : ils sont dus à la putréfaction qui s'empare promptement du cadavre en cette circonstance.

Quant au traitement, il est préservatif ou curatif. Nous avons vu que l'hémorrhagie était quelquefois le résultat d'une pléthore réelle, se faisait sous l'influence d'un *molimen hæmorrhagicum;* on doit chercher à la prévenir, si l'on a affaire à une femme pléthorique, surtout si dans des grossesses antérieures elle a eu des pertes sanguines inquiétantes. Il faut donc, pendant la grossesse ou au moment du travail, ouvrir la veine sans hésitation : c'est l'ancre de salut de l'accouchée.

Si l'on a entre les mains une femme faible, cacochyme, qui souffre depuis long-temps déjà des douleurs de l'enfantement, et qui fasse craindre une inertie de l'utérus, il faut chercher à la délivrer au plus tôt; ce sera tantôt par le forceps, tantôt par le seigle ergoté. Dans le premier cas, si c'est la tête qui se présente, que la dilatation soit avancée, il ne faut pas craindre d'employer l'instrument, de le porter même jusqu'au détroit supérieur. Que de femmes ont été ainsi heureusement débarrassées, alors même que leur faiblesse semblait devoir prolonger l'accouchement pendant un temps infini!

Le seigle ergoté peut aussi devenir un moyen héroïque; mais il faut savoir l'employer : il faut que la dilatation du col soit assez considérable pour livrer passage à l'enfant; car ce médicament mal employé peut être cause de graves accidents. Ainsi, lorsque la dilatation est peu prononcée, bien que le travail ait commencé depuis long-temps, gardez-vous de prescrire ce remède; vous pourriez occasionner une rupture utérine, ou tout autre accident qui ferait succomber la femme; car, sous l'influence du seigle ergoté, les contractions utérines deviennent continues, ne laissent aucun intervalle de repos, et par suite, si le col peu dilaté ne peut donner passage à l'enfant, la mort, non-seulement de la mère, mais encore du fœtus, peut survenir. Ces contractions continues, en effet, troublent la circulation utérine et conséquemment celle du fœtus. Ainsi donc ce moyen doit être employé avec réserve et par des hommes instruits seulement.

Dans d'autres circonstances, le travail semble vouloir se prolonger indéfiniment. Si l'on examine alors la femme, on voit qu'elle est forte; que son pouls est plein, dur; le toucher donne une sensation de chaleur désagréable : prescrivez une saignée, un bain tiède, etc., et la femme ne tardera pas à accoucher.

Quand on est appelé seulement alors que l'hémorrhagie s'est déclarée, on doit chercher à en reconnaître la cause : ainsi, la femme est-elle d'une forte constitution, pléthorique; l'écoulement de sang est-il sous l'influence d'un *molimen hæmorrhagicum ;* employez les émissions sanguines avec prudence, car il ne faut pas épuiser la femme affaiblie déjà par la perte qui s'est déclarée. Mais les saignées doivent être proscrites quand il y a

inertie utérine ; elles ne feraient qu'accroître le mal ; elles pourraient même amener une syncope mortelle : dans ce cas, ayez recours surtout aux sédatifs , aux astringents.

Un moyen qui se présente tout de suite à l'esprit de l'accoucheur, c'est le froid : c'est ainsi qu'on couvre le ventre de compresses trempées dans l'eau froide, qu'on prescrit des lavements avec l'oxycrat, des injections avec le même liquide dans le conduit vulvo-utérin. Ces moyens sont en effet très-énergiques, et peuvent arrêter dans quelques instants une hémorrhagie abondante ; cependant l'accoucheur doit être très-réservé, car le mal est à côté du bien ; et le froid ainsi appliqué chez une femme en couche peut déterminer une péritonite, une métro-péritonite, un œdème douloureux, ou tout autre accident rapidement mortel : aussi, comme nous le disons ci-dessus, doit-on n'employer que des linges humides, afin de pouvoir substituer la chaleur au froid lorsqu'on le jugera convenable. Quant aux boissons astringentes, on peut les donner sans crainte à la malade : on prescrira l'eau de Rabel, l'eau aluminnée, une infusion ou décoction de ratanhia ; on pourra employer en même temps des manuluves simples ou sinapisés ; on appliquera de larges ventouses sur les seins. M. Velpeau a eu recours avec succès à un cataplasme de moutarde entre les épaules : ce moyen simple pourrait être essayé. Il est d'autres moyens vantés par les uns, rejetés par les autres : c'est ainsi que Duncan recommande l'opium, que proscrit Bigoschi, avec raison au dire de Mme Lachapelle. Cependant, de nos jours, M. Caizergues l'a employé avec succès dans ces pertes utérines.

La digitale, que préconisent aussi plusieurs accoucheurs anglais, est peu usitée en France ; mais un moyen qui peut être d'un grand secours dans ces pertes, lorsqu'elles sont dues à l'inertie, c'est le seigle ergoté. Comme nous l'avons dit, ce médicament jouit de la propriété incontestable de réveiller ou d'activer les contractions utérines; il peut donc ainsi faire cesser une hemorrhagie. Il n'est pas jusqu'à la compression de l'aorte qui ne puisse être d'un grand secours : M. Baudelocque neveu dit l'avoir mise plusieurs fois en usage avec succès ; M. le professeur Delmas dit s'en être aussi très-bien trouvé dans plusieurs occasions.

Un moyen qui peut rendre de très-grands services, et que vante beaucoup Mme Lachapelle, c'est l'introduction de la main; elle est nécessaire, ajoute la sage-femme en chef de la Maternité de Paris, dans l'hémorrhagie interne, pour extraire les caillots et autres corps étrangers; elle est utile dans l'externe pour prévenir l'épanchement intérieur et déterminer le resserrement, les contractions de l'utérus. Cependant il nous semble que ce moyen ne doit pas être employé de prime-abord; car ne craint-on pas, en titillant les parois utérines, en portant plusieurs fois la main dans l'intérieur de la matrice, ne craint-on pas d'amener une métrite?

Un dernier moyen à employer, moyen hémostatique puissant, c'est le tamponnement. Si l'on a à combattre une inertie de l'utérus, on ne doit pas seulement s'arrêter à tamponner le vagin; le sang qui se ramasserait dans la cavité utérine pourrait encore tuer la malade. On ne doit pas craindre alors de porter dans cette cavité un gros tampon imbibé de vinaigre, en même temps qu'on cherche à réveiller les contractions en malaxant l'hypogastre. Le tamponnement du vagin pourrait suffire, si la perte ne se déclarait que plusieurs jours après l'accouchement, lorsque l'utérus est revenu sur lui-même et a acquis une force contractile, une résistance de tissu capable de résister à l'accumulation du sang et d'amener ainsi la formation d'un caillot qui puisse faire bouchon et arrêter le nouvel écoulement de ce liquide. Si un frisson spasmodique violent, des syncopes prolongées font craindre pour les jours de la malade, on doit prescrire quelques anti-spasmodiques, quelques stimulants diffusibles, qui suffisent pour faire cesser le frisson, comme la chaleur.

Je ne ferai que mentionner le moyen conseillé par les anciens auteurs dans les syncopes prolongées, moyen qui consiste à placer des ligatures fortement serrées autour des membres pour maintenir dans le centre une quantité de sang suffisante à l'entretien de la vie.

Enfin, si tous ces moyens restent sans succès, ou si la femme, par suite de perte abondante et continue, semble sur le point d'expirer, il reste une dernière ressource qu'on peut employer en désespoir de cause, c'est la transfusion du sang.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'on croyait pouvoir, par la transfusion, rajeunir les vieillards, rendre la vigueur aux sujets épuisés, etc. ; loin de nous ces espérances chimériques ! Mais quand la débilité est portée à un point extrême chez une accouchée, un pareil moyen pourrait être tenté, d'autant qu'en Angleterre des injections de sang ont été pratiquées avec quelque apparence de succès dans des circonstances analogues.

Fin.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Des effets de la pile sur l'économie animale, par commotions, ou par des courants.

L'action de la pile sur l'économie animale varie suivant le nombre et la grandeur des couples dont elle est composée : en effet, la tension électrique peut être portée assez loin pour produire une commotion promptement mortelle, comme aussi elle peut être assez faible pour que la secousse soit à peine sensible ; il y a d'ailleurs une infinité de degrés entre ces deux extrêmes. Si la tension n'est pas très-forte, la commotion est plus ou moins douloureuse, mais à peu près sans danger : ainsi, qu'une personne tienne dans chaque main, préalablement mouillée, un des conducteurs de la pile, des commotions se feront sentir dans toutes les articulations des membres supérieurs, au poignet, au coude, etc., et produiront un état de gêne, un resserrement dans la poitrine.

La pile peut produire d'autres effets que des commotions, elle peut agir par des courants. Ces courants eux-mêmes ne sont cependant autre chose que des commotions multipliées ; mais ces commotions se succèdent presque sans interruption, sans aucun intervalle de temps appréciable ; elles produisent une sensation convulsive continue. On peut poser en principe que le courant galvanique augmente l'énergie, sollicite l'action de tous les organes. Sous son influence, les muscles se contractent plus ou moins vivement ; la circulation est accélérée ; les organes des sens entrent en action : ainsi, l'oreille perçoit un son, la langue une saveur, etc. Des évacuations alvines abondantes peuvent être obtenues en introduisant un des conducteurs dans la bouche, et l'autre dans le rectum ; toutes les sécrétions sont activées, mais surtout celles de l'urine et de la transpiration ; il en est de même des exhalations, etc.

Le galvanisme produit aussi sur la peau des effets bien sensibles : ainsi la partie de cet organe qui a été soumise pendant long-temps à l'action du stimulus galvanique devient douloureuse ; il s'y développe de la rougeur, du gonflement et même quelquefois de petites phlyctènes.

En général, tous ces phénomènes disparaissent assez promptement, surtout lorsque la stimulation n'a pas été très-vive ; on éprouve ordinairement à la suite une grande sensibilité, une lassitude générale, une sorte d'engourdissement dans les articulations, et de la difficulté à remuer les membres.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

De la structure du corps thyroïdien et du thymus.

Du corps thyroïdien. Ce corps est encore peu connu, du moins quant à sa structure. Il a une consistance d'autant plus grande qu'on l'examine chez un sujet plus avancé en âge ; son volume est plus considérable chez le fœtus que chez l'enfant, et chez la femme que chez l'homme. Il est composé de deux lobes principaux, ovoïdes, séparés par une portion moyenne rétrécie. Il n'a pas de membrane propre ; le tissu cellulaire lui en tient lieu. Son tissu propre, d'un rouge plus ou moins foncé, jaunâtre et même grisâtre, est composé de granulations creuses qui communiquent les unes avec les autres, mais seulement dans chacun des deux lobes énoncés plus haut. La réunion de ces granulations donne naissance à des lobules qui se réunissent eux-mêmes pour former des lobes plus ou moins volumineux.

Il est facile de constater la présence d'un liquide onctueux dans cet organe ; mais tout ce qu'on a avancé sur la découverte d'un conduit excréteur est erroné.

Les nerfs du corps thyroïde proviennent des pneumo-gastriques et des ganglions cervicaux. Ses artères sont au nombre de quatre : les deux thyroïdiennes supérieures, venant de la carotide externe ; les deux thyroïdiennes inférieures, fournies par la sous-clavière ; il en existe quelquefois une cinquième, la thyroïdienne de Neubauer, qui naît directement de la crosse de l'aorte. Les veines suivent le même trajet que les artères ; elles forment en avant de la trachée un plexus plus ou moins considérable. Ses vaisseaux lymphatiques vont se rendre dans les ganglions cervicaux.

Les usages de ce corps sont complétement inconnus.

Du thymus. Le volume du thymus, beaucoup plus considérable chez le fœtus que chez l'enfant, dimiuue par les progrès de l'âge ; le contraire a lieu pour sa consistance qui est d'abord mollasse, et qui va ensuite en augmentant. Sa couleur, d'après quelques anatomistes, est d'un rouge pâle ; suivant d'autres, elle est d'un rouge brun et même jaunâtre ; mais nous croyons que le plus souvent elle est grisâtre.

Une membrane propre enveloppe l'organe thymique et envoie des prolongements dans son intérieur. Quant au parenchyme, il contient un fluide lactescent et paraît au premier aspect divisé en deux portions, mais avec un peu d'attention on voit que chacune de ces parties est composée de plusieurs lobes, qui se divisent eux-mêmes en lobules, lesquels sont formés de plusieurs petits grains. En faisant une incision, on trouve au centre de chaque lobule une petite cavité qui communique avec les cavités voisines par une ou plusieurs petites ouvertures. Les parois de ces cavités ne sont pas formées seulement par du tissu cellulaire : on y trouve aussi les granulations dont nous avons déjà parlé, et qui sont formées par des vaisseaux, des nerfs et du tissu cellulaire.

Malgré tout ce qu'ont écrit certains anatomistes sur le canal excréteur de cet organe, les dissections les plus minutieuses n'ont pu encore le faire découvrir. Ces prétendus conduits thymiques n'étaient, sans doute, autre chose que des vaisseaux lymphatiques. Dans ces dernier temps encore, sir A. Cooper prétendit avoir vu ce canal, et l'avoir suivi jusqu'à son embouchure dans la veine jugulaire interne ; M. le professeur Dubrueil pense que dans ce cas il s'agissait d'une veine thymique.

Le thymus reçoit ses nerfs du diaphragmatique. Ses artères lui viennent de la thyroïdienne inférieure, de la mammaire interne, des péricardines et des médiastines. Les veines accompagnent les artères. Ses vaisseaux lymphatiques vont se perdre dans les ganglions cervicaux.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur les usages du thymus : M. Dubrueil professe que c'est un organe supplémentaire qui remplace le poumon dans le fœtus.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quels sont les rapports des diamètres de la tête avec ceux du bassin aux différents temps de l'accouchement naturel par le sommet?

Pour qu'on puisse examiner avec fruit ces rapports aux différents temps de l'accouchement, il est bon, je crois, de donner d'abord la dimension de ces deux parties. Je vais donc examiner celles du bassin au détroit supérieur, dans l'excavation pelvienne, et au détroit inférieur.

1° Le détroit supérieur ou abdominal présente : dans son diamètre sacro-pubien ou antéro-postérieur, 4 pouces; dans son diamètre iliaque ou transverse, 5 pouces sur un bassin sec, 4 pouces avec les parties molles, les muscles psoas le diminuant d'un demi-pouce de chaque côté ; dans ses deux diamètres obliques ou ilio-cotyloïdiens, 4 $^1/_2$ pouces.

2° L'excavation pelvienne présente : dans son diamètre horizontal et sacro-pubien, partie moyenne 5 pouces; dans son diamètre transverse, 4 $^1/_2$ pouces; dans sa hauteur antérieure ou pubienne, 1 $^1/_2$ pouce; dans sa hauteur latérale ou ischiatique, 3 $^1/_2$ pouces; dans sa hauteur postérieure ou sacro-coccygienne, 4 $^1/_2$ pouces, sans en suivre la courbure.

3° Le détroit inférieur ou périnéal présente environ 4 pouces en tout

sens; cependant, vu la mobilité du coccyx, le diamètre antéro-postérieur peut aller jusqu'à 5 pouces.

La tête de l'enfant à terme présente ordinairement les dimensions suivantes :

1° Le diamètre occipito-frontal, qui va du milieu du front à l'occiput, a 4 pouces.

2° Le diamètre occipito-mentonnier, de l'occiput au menton, donne 4 $^1/_2$ pouces et quelquefois 5 pouces.

3° Le diamètre bi-pariétal, pris d'une bosse pariétale à l'autre, offre 3 $^2/_3$ pouces.

4° Le diamètre vertical, du sommet de la tête à la base du crâne, a 3 $^1/_2$ pouces;

5° Le diamètre bi-mastoïdien, qui s'étend d'une apophyse mastoïde à l'autre, donne 2 $^1/_2$ pouces à 3 pouces.

La grande circonférence est de 14 à 15 pouces; la petite, de 10 à 11 pouces.

Cela posé, voyons quels sont les rapports de la tête de l'enfant avec le bassin de la mère, dans les différentes positions de cette partie.

Dans la première position, l'occiput répond, au détroit supérieur, à la cavité cotyloïde gauche, et le front à la symphyse sacro-iliaque droite : dans ce point, c'est donc le diamètre occipito-frontal ou mentonnier qui correspond au diamètre oblique ou ilio-cotyloïdien. Par les contractions de la matrice, la tête, poussée par le rachis, se fléchit fortement, le menton se rapproche du sternum, et l'occiput descend dans l'excavation dans le sens du détroit supérieur. Dans le petit bassin, alors que la tête va parvenir au détroit inférieur, une rotation d'un demi-quart de cercle s'opère; l'occiput marche de gauche en avant et répond au pubis; la face est dans l'excavation du sacrum; le diamètre bi-pariétal est en rapport avec le diamètre bi-ischiatique, et le diamètre occipito-mentonnier avec le coccy-pubien.

Dans la deuxième, l'occiput répond à la cavité cotyloïde droite, et la face à la symphyse sacro-iliaque gauche. Le mécanisme de cette position

est le même que celui de la première ; seulement, les mouvements de rotation se font en sens inverse.

Dans la troisième position, l'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque droite, et le front à la cavité cotyloïde gauche. Par une forte flexion de la tête, l'occiput plonge dans l'excavation ; là, près du détroit inférieur, il y a un mouvement de rotation ; l'occiput se place dans la concavité du sacrum, la face sous l'arcade du pubis, et le diamètre occipito-mentonnier mesure alors, d'arrière en avant, le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Dans cette position, l'occiput sort encore le premier ; mais, au lieu de remonter au-devant du pubis, il se renverse en arrière sur le périnée.

Dans la quatrième position, l'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque gauche, et la face à la cavité cotyloïde droite. Le mécanisme est le même que dans la troisième, si ce n'est que les mouvements de rotation se font en sens inverse.

SCIENCES MÉDICALES.

De la stomatite ulcéreuse et pustuleuse.

Il n'est pas rare de voir, par suite d'un dérangement dans les voies digestives ou par quelque autre cause, des pustules grises ou blanches plus ou moins nombreuses apparaître à l'intérieur des joues, sur les gencives, s'ulcérer en s'entourant d'un cercle rouge. Ces pustules simples ou ulcérées portent le nom de stomatite pustuleuse et ulcéreuse ; cette maladie est connue aussi sous les noms d'*aphthes*, *muguet*, *millet*, *blanchet*, etc.

En même temps que ces pustules surviennent sur la muqueuse des joues, des gencives, sur les lèvres, la langue, le palais, la luette, les

amygdales, dans le conduit gastro-intestinal lui-même, il y a perte de goût, chaleur à la bouche, soif, salivation parfois très-abondante. Ces symptômes peuvent alors être les seuls à se manifester, rester locaux; quelquefois pourtant un mouvement fébrile plus ou moins intense les accompagne : on a vu même des phénomènes cérébraux survenir chez de jeunes enfants.

Du reste, la stomatite ulcéreuse et pustuleuse n'est que rarement grave par elle-même, si ce n'est chez les jeunes enfants, où elle peut entraîner la mort en rendant impossible la succion et la déglutition. Mais la maladie principale, dont elle n'est le plus souvent qu'un épiphénomène peut être cause de la mort du malade; on l'a vue quelquefois cependant se terminer par gangrène et devenir ainsi funeste.

S'il n'y a que quelques aphthes, que le tube digestif soit sain, aucune indication n'est indiquée; ou bien il suffira chez les enfants de donner un meilleur lait que celui qu'ils prenaient d'abord; ou bien encore on prescrira quelques lotions, quelques gargarismes acidulés ou avec le miel rosat. Si la gangrène est à craindre, ou que déjà elle soit survenue, on donnera une décoction de quinquina acidulée, camphrée, etc., car c'est alors contre la gangrène que devra être dirigé le traitement.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

N° 44

19.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

—

SCIENCES ACCESSOIRES.

Décrire les divers genres de machines électriques, et donner leur théorie.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des principales difformités du coude et du genou.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Etablir le diagnostic différentiel de la commotion, de l'épanchement sanguin et de la contusion du cerveau.

SCIENCES MÉDICALES.

De la nature des fièvres intermittentes, et de leur cause prochaine.

Thèses

Présentées et publiquement soutenues à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 1er avril 1840,

PAR

A.-P. Albert SOUILHAGON DE BRUET,

DE PARIS (SEINE),

Elève de l'Ecole-pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales, ex-Chirurgien externe à l'hôpital St.-Eloi, Membre correspondant de la Société chirurgicale d'émulation de Montpellier,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> Le bien faire se juge par la seule intention.
>
> MONTAIGNE.

MONTPELLIER,

Chez Jean MARTEL aîné, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue de la Préfecture, 10.

1840.









